ESSAI

N° 163.

SUR

LE PARALLÈLE DES PHÉNOMÈNES

DE LA PLEURÉSIE, DE LA PNEUMONIE, DU CATARRHE PULMONAIRE SIMPLE, DU CATARRRHE BRONCHIQUE CAPILLAIRE ET DE L'INFLAMMATION DES VALVULES DU CŒUR,

CONSIDÉRÉS A L'ÉTAT AIGU ;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 23 juillet 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR PIERRE-MARIE GIQUEL, d'Auray,

Département du Morbihan.

Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis
Causa, sed utilitas, officiumque fuit.
OVID.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* / ROUX, *Suppléant.*
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud, *Suppléant.*	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Examinateur.*	Piorry.
Cloquet, *Examinateur.*	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

Gage d'amour filial et de reconnaissance.

A MADAME GLAIN,

NOTRE VRAIE AMIE

A MA FAMILLE.

Témoignage d'un sincère attachement et d'une vive affection.

P.-M. GIQUEL.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/essaileparallele0005unse

ESSAI

SUR

LE PARALLÈLE DES PHÉNOMÈNES

DE LA PLEURÉSIE, DE LA PNEUMONIE, DU CATARRHE PULMONAIRE SIMPLE, DU CATARRHE BRONCHIQUE CAPILLAIRE ET DE L'INFLAMMATION DES VALVULES DU CŒUR,

CONSIDÉRÉS A L'ÉTAT AIGU.

L'HOMME, réunissant ses connaissances pour en former une science, emploie deux moyens : le premier est l'étude de chaque objet pris isolément; le second, la comparaison de ces objets entr'eux, pour en faire ressortir ce qui tend à les rapprocher ou à les différencier. C'est dans ce second moyen que j'ai cru devoir puiser mon sujet de thèse.

Je vais donc opposer cinq maladies qui, ayant leur siége dans la même cavité splanchnique, offrent beaucoup de ressemblance entre elles. Ces cinq maladies sont : la pleurésie, la pneumonie, le catarrhe pulmonaire simple, le catarrhe bronchique capillaire et l'inflammation des valvules du cœur. La dernière, bien qu'appartenant à un organe d'une fonction différente, semble, au premier coup-d'œil, s'en

écarter beaucoup ; mais, lorsqu'on pense à la connexion qui existe entre les fonctions de la circulation et de la respiration, puisque la seconde semble n'exister que pour modifier la première, on ne sera point surpris de nous voir rapprocher cette maladie de celles du poumon et de ses annexes. Supposant connue l'histoire de chacune d'elles, nous parlerons seulement des phénomènes communs et particuliers qu'elles présentent chez l'individu vivant, et des altérations qu'elles laissent après la mort.

Nous allons donc les considérer sous le rapport d'étiologie, de symptomatologie, de diagnostic, de prognostic et de traitement.

Rapport d'étiologie. Si l'on remonte aux causes qui peuvent produire ces maladies, l'on voit que ces causes, distinguées par les auteurs en *prédisposantes* et *occasionelles*, sont, pour les premières, l'âge adulte, le tempérament sanguin, une vie active, etc., qu'elles sont communes et plus graves chez les vieillards et les sujets faibles. (*Laennec.*) Pour les secondes, le refroidissement du corps, l'usage d'une boisson froide lorsqu'on est en sueur, des contusions, etc., une répercussion, une suppression, des poisons ou des médicamens injectés dans les veines. (*Breschet*,) Et à cette occasion, nous ferons remarquer que certaines préparations d'antimoine portées dans le torrent de la circulation produisent des lésions organiques sur le poumon, tandis que certaines préparations mercurielles exercent leur action sur la membrane interne du cœur.

La pleurésie et la pneumonie, réunies par quelques auteurs sous le nom commun de *pleuro-pneumonie*, si rapprochées l'une de l'autre par tant de phénomènes qu'il est parfois difficile de les distinguer, peuvent régner épidémiquement, telles on les a vues en 1812 et 1813 se développer sous l'influence d'une disposition intérieure dont l'essence nous échappe, mais dont l'influence ne peut être mise en doute ; exister à l'état aigu et à l'état chronique ; être générales ou partielles, c'est-à-dire affecter les deux poumons, un seul ou seulement une de leur partie.

Le catarrhe pulmonaire, soit qu'il se borne aux principales bronches ou s'étende à toutes leurs divisions, ce qui constitue le *catarrhe suffocant* des auteurs, rangé d'abord dans les maladies nerveuses, puis dans les inflammations, naît sous l'influence de causes semblables; en effet, tous les âges, tous les tempéramens y sont exposés; l'impression du froid en est souvent la cause déterminante. Il peut régner épidémiquement : telles ont été les épidémies de 1574, 1728, etc. ; survient sans cause apréciable, existe à l'état aigu ou chronique, est général ou partiel, d'où la différence du catarrhe pulmonaire des grandes et moyennes bronches, et du catarrhe capillaire bronchique, dont il est inutile de retracer l'étiologie d'après ce que nous venons de dire.

La cinquième maladie, l'inflammation des valvules du cœur, reconnaît les mêmes influences, naît aussi sans cause connue, existe à l'état aigu ou chronique : d'où l'on voit que ces affections si différentes se rapprochent tellement l'une de l'autre dans leurs causes, qu'elles ne suffiraient pas pour en établir une distinction.

Rapport de symptomatologie. A ne considérer que les prodromes de ces maladies, on serait tenté de les confondre. Toutes, en effet, débutent, comme les maladies inflammatoires, par des lassitudes, des frissons, du froid, de la chaleur, de la fièvre; toutes ont pour principaux phénomènes de la douleur dans un point quelconque de la poitrine, de la toux, de la gêne et de la fréquence dans la respiration, phénomènes presque constans, mais de peu de valeur, si l'on ne s'aide de deux moyens plus puissans, la percussion et l'auscultation. Venons à chaque phénomène en particulier.

1°. *La douleur.* Symptôme le plus constant de la pleurésie, elle est aiguë, pongitive, augmente par la toux, l'inspiration, une légère pression sur le côté malade. Bornée ordinairement au voisinage du mamelon, bien que l'inflammation occupe souvent toute l'étendue de la plèvre, elle peut passer d'un côté de la poitrine à l'autre sans

que le point enflammé change de place. Mais la douleur est-elle plus étendue, elle perd de son acuité ; ce n'est plus qu'une sorte d'endolorissement qui la rapproche de celle ressentie dans la pneumonie. Dans celle-ci la douleur est obtuse, tensive, profonde, n'augmente ni par l'inspiration, ni par l'expiration ; c'est plutôt une gêne, une pesanteur qu'une douleur véritable. Cependant elle peut être aiguë, bornée aux environs du sein, et ressembler alors à celle de la pleurésie.

Dans le catarrhe pulmonaire, la douleur, diffuse, obscure, le différencie de la pneumonie par sa situation derrière le sternum, sa direction le long de la trachée-artère, la titillation qu'éprouve le malade, l'enrouement, etc. ; mais la douleur aiguë, la chaleur brûlante, la sensation de déchirement dans la poitrine, ressentis dans le catarrhe capillaire bronchique, joints aux phénomènes qui restent à d'écrire, mettent sur la voie de cette maladie.

Il serait aussi fort difficile de reconnaître à ce seul phénomène l'inflammation des valvules du cœur ; on y retrouve également une douleur plus ou moins aiguë, vive et brûlante, ou obscure, profonde, occupant le côté gauche du thorax, se concentrant vers la région du cœur. Cette douleur, nulle dans bien des cas, ne peut donc servir à différencier cette maladie.

2°. *Toux et expectoration.* Caractéristique chez les pleurétiques, elle est sèche, a lieu malgré les efforts que fait le malade pour la comprimer, est accompagnée de contractions des muscles du visage, indice de la douleur qu'elle produit, et ce n'est qu'avec peine qu'il rejette une matière blanche, spumeuse, espèce de salive mêlée à de l'air offrant parfois des stries de sang.

Sèche au début, la toux de la pneumonie ressemble à celle de l'affection précédente, ainsi que par l'expectoration muqueuse, transparente, mêlée à des bulles d'air ; mais au bout de quelques heures, d'un jour ou plus, la rougeur des crachats imitant la rouille, le sang presque pur rendu par le malade, l'en sépare totalement. Ces crachats

visqueux adhèrent au vase s'ils sont en petite quantité ; expectorés en peu de temps et en grand nombre, quelques-uns, blancs, muqueux, présentent assez l'aspect des crachats du catarrhe pulmonaire au second degré. Cependant, si l'inflammation offre la même intensité dans toute la portion de poumon qu'elle affecte, les crachats visqueux, jaunâtres et marqués de stries blanches, sanguinolens, de l'apparence d'une dissolution de gomme arabique légèrement rouge ou de jus de pruneaux, recouverts d'une écume blanche, ne laissent plus de doute sur la maladie.

Dans le catarrhe pulmonaire, la toux, sèche d'abord, sans expectoration, se reproduit par quintes, ce qui ne se retrouve dans aucune des maladies qui nous occupent. (Nous ne devons pas comparer ici ces quintes avec celles observées dans la coqueluche et certaines toux nerveuses.) Bientôt elle est suivie de l'expectoration de crachats blancs, muqueux, spumeux, nacrés dans quelques points; puis, à une période plus avancée, de crachats visqueux, opaques, blancs, jaunes, verdâtres par fois : la toux est dite alors *grasse*, c'est-à-dire qu'on entend à l'oreille nue le murmure du râle, déterminé par le passage de l'air à travers les crachats.

Il y a peu de toux dans le catarrhe bronchique capillaire. L'expectoration, difficile, muqueuse, peu abondante, est marquée quelquefois de stries de sang; les crachats sont aussi perlés, nacrés, vitriformes, mêlés de matière noire pulmonaire. Cependant, la toux peut offrir les caractères du cas précédent, mais les quintes sont plus rapprochées : alors, si l'expectoration a lieu, la suffocation, imminente, caractéristique dans cette maladie, cesse aussitôt, et cette affection prend le caractère de catarrhe pulmonaire simple. Mais la toux manque-t-elle, ainsi que l'expectoration, la suffocation extrême est accompagnée d'un rhonchus sibilant humide, et la maladie se dessine d'une manière particulière.

La toux, dans l'inflammation des valvules du cœur, plutôt sympathique par le voisinage des organes respiratoires que par l'irritation même de la partie, ressemble beaucoup à celle du catarrhe capillaire,

ainsi que par l'expectoration rare, muqueuse, qui l'accompagne quelquefois.

3°. *Gêne et fréquence de la respiration.* La dyspnée est variable dans la pleurésie, insensible dans bien des cas pour le malade lui-même; mais elle devient très-grande lorsqu'il se fait un épanchement dans la plèvre. Quoi qu'il en soit, l'observateur attentif s'aperçoit, pour peu que le malade parle, exécute des mouvemens, que sa respiration est courte, fréquente, interrompue par la douleur; que la parole est faible, entrecoupée. La dyspnée cesse avec la douleur, surtout avec le développement d'une respiration puérile dans le côté sain. Tous les symptômes locaux manquant, la pleurésie est dite *latente.*

La respiration, dans la pneumonie, peut être courte, petite, accélérée, non perçue toujours par le malade, douloureuse quand il parle, tousse ou exécute des mouvemens, et, sous ce point de vue, se rapproche beaucoup de celle de la pleurésie; cependant il est vrai de dire que la dyspnée est moins grande dans la pneumonie que dans la pleurésie avec épanchement.

L'oppression est peu considérable dans le catarrhe pulmonaire, si ce n'est avant ou après les quintes de toux, après le repas ou un exercice. Alors la respiration est courte, fréquente; mais, pour peu que l'inflammation augmente, la dyspnée, de plus en plus considérable, semble confondre cette affection avec le catarrhe suffocant, dans lequel la gêne extrême de la respiration en est un des signes caractéristiques : dans ce dernier elle est telle, que le malade croit qu'il n'entre plus d'air dans sa poitrine, qu'il est près d'étouffer; sa face prend la teinte violette ou livide qu'on observe dans les maladies du cœur; la toux fait cesser un peu l'oppression, mais surtout l'expectoration. Dans un cas observé récemment chez M. *Récamier,* et dont nous nous proposons de citer l'histoire aux phénomènes de la percussion et de l'auscultation, la respiration était

accélérée au point d'en évaluer le nombre à quatre-vingt-douze par minute.

L'affection qui, sous ce point de vue, se rapproche le plus du catarrhe suffocant, est l'inflammation des valvules du cœur. Ici la respiration devient haute, gênée, douloureuse, entrecoupée; la dyspnée est extrême ; le malade, inquiet, agité, étouffe, se tient assis, ne peut dire deux mots, deux syllabes sans prendre haleine, les battemens du cœur sont très-forts. M. *Récamier* rapporte l'observation d'un homme couché salle Saint-Agnès, qui est pris tout à coup, et sans cause connue, d'une dyspnée si considérable, qu'il y a menace de suffocation ; le malade, haletant, se tient assis sur son lit, ne peut dire deux mots de suite; la face, d'un rouge violet, dénote une affection du cœur ; un désordre extrême règne dans la région précordiale ; les extrémités sont froides, le pouls fréquent, petit, irrégulier; la percussion de la poitrine est sonore; l'auscultation donne le bruit de soufflet propre à l'inflammation des valvuves du cœur; la voix est rauque, étouffée. Trois livres et demie de sang retirées de la veine dans l'espace d'une demi-heure rétablissent peu à peu le calme; la respiration divient moins fréquente, plus facile; les extrémités se réchauffent, et, par la suite d'un traitement approprié, le malade est sorti guéri.

4°. *Percussion et aucusltation.* Le premier de ces moyens serait de peu de valeur sans le secours du second, le seul vraiment utile pour différencier ces maladies. En effet, la percussion, sonore au début de la pleurésie et de la pneumonie, devient mate dans les deux cas, s'il se fait un épanchement dans la plèvre, ou que le poumon s'hépatise. Cependant l'étendue du son mat est un indice sûr et pratique de pleurésie ; assez souvent, au bout de peu d'heures de maladie, ce son est mat dans tout le côté affecté ou sa moitié inférieure; ce qui n'arrive jamais, ou bien rarement, dans la pneumonie. Mais si le liquide est résorbé, que le poumon revienne à son premier état, la percussion, sonore de nouveau, quoique plus lentement, dans la pleu-

résie, ne peut, ainsi que la plupart des phénomènes étudiés, distinguer ces deux affections entre elles.

Rapprochés de ces deux cas à leur premier degré, le catarrhe pulmonaire et le catarrhe capillaire bronchique s'en différencient par la persévérance de la sonoréité de la poitrine, à quelque degré de l'affection qu'on la percute. Mais, confondus aussi par ce phénomène, nous devons chercher dans le second moyen (l'auscultation) les caractères distinctifs de chacune de ces maladies.

Le son mat, qu'on retrouve toujours dans la région du cœur, que cet organe soit ou non affecté, ne serait d'aucun secours pour connaître l'inflammation de ses valvules.

L'auscultation médiate ou immédiate va donc nous fournir les données les plus sûres pour arriver à notre distinction. Dès le début de la pleurésie, on trouve le bruit respiratoire plus faible du côté affecté que du côté sain, quoiqu'il y soit aussi moins fort que de coutume; ce qui s'explique par la douleur qu'éprouve le malade, douleur qui l'empêche de faire de grandes inspirations. L'épanchement a-t-il lieu? fait-on parler le malade? sa voix, sans changement pour les assistans, parvient à l'oreille de celui qui ausculte, aigre, tremblottante, saccadée comme celle d'une chèvre, espèce d'écho de sa voix; c'est l'*égophonie* des auteurs. Ce phénomène a-t-il lieu près d'un gros tronc bronchique, il s'y joint un retentissement comparé au bruit d'un jeton placé entre les dents lorsqu'on parle, ou sorte de bredouillement, langage de polichinelle. Ajoutons que lorsqu'il existe de l'égophonie on entend, au lieu de la respiration naturelle, un bruit tel que ferait l'air en traversant un conduit un peu large, nommé par Laennec *respiration bronchique;* signe d'autant plus certain d'un épanchement pleurétique, qu'on le retrouve là où existe l'égophonie. Ce bruit est attribué au passage de l'air dans le larynx et l'arrière-bouche pendant l'inspiration et l'expiration. L'auscultation donne non-seulement l'existence d'un épanchement, mais sa quantité. S'il est abondant, la respiration est nulle, excepté le long de la colonne vertébrale dans l'étendue de trois doigts. Cette absence

de la respiration, après quelques heures de maladie, est un signe certain de pleurésie avec épanchement, quand bien même le point pleurétique n'aurait pas lieu. Dans la pneumonie, l'absence de la respiration est graduelle; puis elle est précédée du râle crépitant, caractère certain de cette maladie : l'absence de la respiration est subite dans la pleurésie, et le retour du bruit respiratoire plus lent dans cette affection que dans la seconde.

L'auscultation donne, dès le début de la pneumonie, un bruit particulier semblable à une succession de bulles d'air petites, rapprochées, sèches, égales, comparé au sel marin qui décrépite, ressemblant mieux au bruit que fait entendre un petit sac d'amidon pressé près de l'oreille (râle crépitant, *Laennec*); avec lui l'on entend le bruit respiratoire. Éloignée du point enflammé, la respiration devient plus forte et porte le nom de *respiration puérile*, respiration qu'on retrouve dans la pleurésie du côté opposé à l'épanchement. Le phénomène de la crépitation, qui ne se trouve que dans la pneumonie la distingue des autres affections. Cependant la respiration bronchique, au second degré de la maladie, produit par l'entrée et la sortie de l'air dans la trachée et les bronches, la transmission de la voix par le parenchyme imperméable du poumon, établirait un nouveau point de contact avec la pleurésie, s'il ne manquait, dans le cas qui nous occupe, de l'espèce d'écho qui a lieu dans l'épanchement pleurétique; c'est une bronchophonie morbide à laquelle se joint une sensation de souffle. La maladie faisant de nouveaux progrès, le malade devant mourir, les mucosités s'amassent dans la trachée et les bronches, et produisent un râle qui, joint aux autres phénomènes, donne à l'agonie des pneumoniques quelque chose de particulier désigné sous le nom de *mors peripneumonicorum.*

Une maladie qui ne fait pas partie de mon sujet, et que je me borne à signaler ici comme offrant quelques points de similitude avec la pneumonie, est l'œdème du poumon; on y trouve également de la toux, de la gêne, de la fréquence dans la respiration; un son mat, une légère crépitation. Toutefois l'œdème sera probable si ces phéno-

mènes ne se déclarent qu'au moment de l'agonie, à la suite d'une maladie du cœur, d'une hydropisie, d'une inflammation des organes respiratoires ; nous pourrions en rapprocher encore l'engorgement hémoptoïque.

La persévérance de la sonoréité de la poitrine dans le catarrhe pulmonaire, jointe au phénomène de l'auscultation, ne laisse plus de doute sur cette maladie : à l'aide du stéthoscope, l'on entend un sifflement, un murmure sonore, un son rauque, comparé au bruit d'un archet promené sur une grosse corde de violoncelle. L'exhalation établie, succède un râle muqueux, produit par le passage de l'air à travers des crachats accumulés ; il semble que des bulles d'air, grosses, inégales, crèvent à la surface d'un liquide ; la respiration se fait encore entendre ; cependant elle peut cesser par instant et reparaître après quelques accès de toux ou l'expectoration de crachats. — *Signe pathognomonique de cette affection.* Elle peut n'être que plus faible, et ne se distinguer qu'à l'aide d'un râle muqueux et sibilant obscur. Les bulles d'air, petites, donnent un léger bruit de soupape, dû à l'engorgement des bronches par le gonflement de la membrane interne.

Le catarrhe bronchique capillaire se reconnaît à la dyspnée qui l'accompagne, à la sonoréité de la poitrine, à l'absence de la respiration, au *rhuncus* muqueux à bulles grosses et petites, au râle trachéal, aux mouvemens du cœur, qui sont fréquens et irréguliers. La respiration bronchique ne se fait pas entendre, soit que le poumon soit moins apte à transmettre le son, soit qu'il y ait des rameaux bronchiques oblitérés.

Une fille de dix-huit ans, entrée à l'Hôtel-Dieu au mois d'avril dernier, est prise, quelques jours auparavant, et sans cause bien appréciable, de lassitudes, de frissons, de fièvre, de gêne extrême de la respiration. Une saignée de trois palettes, faite le jour de son entrée, apporta peu de changement dans son état : à la visite du lendemain, la malade, couchée sur le côté droit, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, est pâle, excepté les pommettes et

les lèvres qui sont violettes; elle se plaint d'étouffer, ne peut prononcer deux mots sans prendre haleine. On compte 92 respirations par minute et 110 à 115 pulsations de l'artère; la toux, fréquente et par quintes rapprochées, fatigue la malade; l'expectoration muqueuse est peu abondante : elle éprouve la sensation d'un feu qui lui brûle l'intérieur de la poitrine. La percussion est sonore dans toute l'étendue de cette cavité; la respiration ne se fait entendre que faiblement dans quelques endroits, elle est nulle dans tout le reste; on distingue un râle muqueux bruyant : la douleur est vive, mais la malade s'en plaint moins que de la gêne qu'elle éprouve en respirant; les battemens du cœur sont très-forts; le pouls est petit et très-fréquent Le sang tiré la veille offrait une couenne épaisse : une seconde saignée fut pratiquée, les sinapismes appliqués aux jambes : on donna pour boissons les émolliens et les adoucissans, infusion de violettes édulcorée avec le sirop de gomme, un julep béchique. Le même traitement fut continué pendant quelques jours sans grande amélioration, lorsque M. *Récamier* prescrivit l'émétique à haute dose. C'est à dater de l'administration de ce remède que la respiration est revenue presque à l'état normal, et que cette fille est sortie à peu près guérie, un mois après son entrée à l'hôpital, la respiration nulle encore dans quelques points du poumon, ce que M. *Récamier* attribuait à un léger emphysème consécutif aux efforts qu'elle avait faits pour respirer.

Le stéthoscope donne, dans l'inflammation des valvules du œur, un bruit de soufflet très-marqué; les battemens de cet organe sont forts, obtus; l'on sent une impulsion très-grande des deux côtés de la poitrine, un peu même dans le dos. La main, placée entre la cinquième et sixième côte gauche, perçoit facilement le frémissement cataire; la respiration s'entend bien, quoique la dyspnée soit extrême; elle est parfois accompagnée d'un léger râle muqueux; les joues, les lèvres sont violettes; le malade est forcé de se tenir presque assis; les membres s'infiltrent, et ces phénomènes joints aux précédens, ne laissent plus de doute sur cette affection.

Rapport de diagnostic. Le diagnostic de la pleurésie, si difficile dans le dernier siècle, malgré tous les moyens mis en usage par *Stoll* pour la découvrir, tels que les secousses imprimées au malade, l'est beaucoup moins depuis que la science possède plusieurs moyens à l'aide desquels l'on peut établir un jugement presque assuré. Cette certitude, on la doit aux signes fournis par l'auscultation, surtout dans une pleurésie qui n'est accompagnée ni de douleurs, ni de gêne de la respiration. Malgré l'utilité de ce moyen, l'on ne doit négliger ni la connaissance, ni la comparaison des autres phénomènes. En effet, une pleurésie sans épanchement peut être confondue avec une pleurodinie fébrile; dans celle-ci, comme dans la première, la douleur augmente par la toux, l'inspiration, le décubitus sur le côté malade; il s'y joint aussi une gêne plus ou moins grande de la respiration; mais le son mat, l'égophonie et tout ce que nous avons mentionné, l'en distinguent facilement.

La pneumonie se reconnaît, dans le plus grand nombre des cas, au râle crépitant, aux crachats rouillés ou sanguinolens qui l'accompagnent; elle peut être assez obscure pour être méconnue: elle est dite alors *pneumonie latente.* Plusieurs points de ressemblance pourraient la confondre avec la pleurésie, le catarrhe pulmonaire, l'œdème du poumon. La pleurésie en diffère, au début, par l'égophonie; plus tard par l'absence de la respiration, quelquefois par la dilatation d'un côté de la poitrine; le catarrhe pulmonaire par la matière expectorée et le râle qui l'accompagne; l'œdème, par un râle plus humide, à bulles plus grosses, et les phénomènes qui le précèdent; la crépitation, qui peut manquer dans la pneumonie, et qu'on retrouve dans d'autres affections, est beaucoup moins importante, d'après M. *Chomel*, dans le diagnostic de cette maladie, que les crachats visqueux et sanguinolens. Si la maladie s'amende, le râle crépitant, qui avait disparu au second degré, reparaît, ainsi que le bruit d'expansion pulmonaire; le râle muqueux, puis le crépitant et le bruit d'expansion pulmonaire, si la pneumonie était au troisième degré, la résolution commençant par les points les derniers affectés.

L'examen attentif des crachats, de la respiration, de la percussion et de l'auscultation, rend assez facile le diagnostic du catarrhe pulmonaire simple, rapproché par quelques phénomènes des affections précédentes. La toux sous forme de quintes, la suspension subite mais momentanée de la respiration, pourrait le confondre, jusqu'à un certain point, avec le catarrhe capillaire bronchique, extrême de cette maladie.

La complication de celui-ci avec l'emphysème du poumon rend son diagnostic assez difficile ; cependant la sonoréité de la poitrine, jointe à l'absence complète de la respiration, le râle trachéal et muqueux, la dyspnée extrême qui l'accompagne mettraient du moins sur la voie de la découverte de cette affection. De plus, si le malade rendait dans les quintes de toux, surtout le matin, une matière blanche comme perlée, offrant assez de résistance, et roulée en petites boules, le diagnostic serait à peu près certain.

L'inflammation des valvules du cœur est d'un diagnostic assez obscur. L'affection dont elle se rapprocherait, par la dyspnée, le râle muqueux serait le catarrhe capillaire bronchique ; mais le bruit de soufflet obtenu par l'auscultation, le frémissement perçu par la main, serviraient à l'en distinguer.

Rapport de prognostic. La pleurésie est une maladie grave, d'une terminaison heureuse dans la majorité des cas ; elle peut devenir mortelle quelque remèdes qu'on lui oppose. Le danger est proportionné : 1°. à la cause qui l'a produite ; 2°. à l'étendue de l'inflammation ; 3°. à la quantité, à la nature du liquide épanché ; 4°. au temps depuis lequel elle existe ; 5°. aux maladies qui la compliquent. La cessation subite du bruit respiratoire est fâcheuse ; elle annonce que la maladie devient chronique ; il en est de même de la cessation de l'égophonie, sans amendement des autres symptômes fébriles. La persistance de l'égophonie est d'un augure favorable, puisqu'elle indique que l'épanchement ne fait pas de progrès.

Le prognostic de la pneumonie est toujours sérieux ; on ne doit ja-

mais se fier à la bénignité sous laquelle elle se montre quelquefois. Les circonstances qui en aggravent le danger sont, comme pour la pleurésie, la cause qui l'a produite, l'étendue de l'inflammation, le degré de la maladie, l'âge, la constitution du sujet, la complication d'une autre maladie. On regarde comme signes fâcheux, l'orthopnée, l'expectoration difficile ou supprimée, la couleur sale, grisâtre, l'odeur fétide des crachats, les sueurs abondantes, le dévoiement, le délire. La fréquence du pouls, portée à 150 pulsations, rend le danger très-grand. (M. *Chomel.*)

Généralement peu grave, le prognostic du catarrhe pulmonaire ne devient fâcheux que lorsqu'il se montre d'une manière intense chez un enfant ou un vieillard, ou qu'il est compliqué d'une autre maladie dangereuse par elle-même. L'étendue de l'inflammation, le râle perçu dans tout un poumon ou dans une grande partie des deux, est un cas grave.

Il n'en est pas de même du catarrhe suffocant, son prognostic est toujours sérieux. Les chances de succès sont plus favorables dans la jeunesse et l'âge adulte, quoique souvent on voie périr les malades, quelle que soit d'ailleurs la médication employée. Alors la dyspnée augmente, l'emphysème survient, la membrane interne des bronches s'épaissit; celles-ci sont bouchées par une matière épaisse qui s'y amasse ou par la formation de fausses membranes, et l'individu succombe dans un état d'asphyxie.

Le prognostic est aussi fâcheux dans l'inflammation des valvules du cœur. Ce cas est fort grave, la marche de la maladie rapide, et les moyens employés souvent impuissans. Le sang stagne dans le cœur, reflue dans les veines, le poumon n'en reçoit plus une quantité suffisante. La suffocation est imminente, tout fait craindre une fin aussi terrible que rapprochée.

Rapport de traitement. Considéré d'une manière générale, le traitement de ces maladies repose sur les mêmes bases que celui des autres inflammations. Les saignées générales et locales conviennent au début

de la pleurésie comme de la pneumonie, sans qu'on puisse déterminer la quantité de sang à retirer ; quoique *Sydenham* ait cru pouvoir la fixer à quarante onces pour la pneumonie, il est mieux de dire que, sans avoir égard au jour depuis lequel date la maladie, on doit les mettre en usage tant que l'inflammation persiste au même degré, que l'individu est jeune, fort, et offre une plus grande résistance vitale. La petitesse du pouls ne serait pas une contr'indication, si elle survenait après l'invasion de la maladie. (M. *Chomel.*) *Pinel* avait renoncé à la saignée chez les vieillards. On emploie, conjointement avec ce premier remède, les boissons douces, mucilagineuses ; plus tard, les boissons expectorantes, les exutoires, plus les diurétiques pour la pleurésie : *Laennec* donnait alors avec avantage l'acétate de potasse à la dose de trois gros. Un moyen mis en usage, et qu'on emploie avec succès dans les deux cas, est l'émétique à haute dose, mais seulement dans la période inflammatoire, huit ou dix grains dans une boisson ; on commence par un grain d'heure en heure, dans deux onces d'infusion de feuilles d'oranger, à laquelle on ajoute une cuillerée à café de sirop diacode. *Stoll* administrait aussi l'émétique au début de la pneumonie. Nous pensons que l'émétique doit être employé différemment, l'expérience ayant fait découvrir que le tartre stibié a une action directe sur le poumon. Dans la pneumonie, il agira d'autant mieux qu'il sera plus toléré, et l'on devra en supprimer l'emploi, si la tolérance n'a pas lieu ; tandis que, dans la pleurésie, il ne paraît agir que comme dérivatif et sudorifique. Ces remèdes deviennent insuffisans dans bien des cas, si l'on n'a égard aux complications de ces maladies ; c'est surtout contre elles que doivent être dirigés les médicamens : aussi a-t-on vu administrer avec avantage le quinquina dans des cas de pneumonies intermittentes (à Mayence, en 1751).

Le catarrhe pulmonaire léger cède facilement à l'emploi des adoucissans et des diaphorétiques. Il n'en est pas ainsi du catarrhe très-aigu, dont le traitement se rapproche à tel point de celui de la pleurésie et de la pneumonie, qu'il nous suffira d'énumérer brièvement les moyens mis en usage : tels sont les saignées, les boissons adou-

cissantes, mucilagineuses; les loochs, les diaphorétiques, les exutoires, les aromatiques, les narcotiques, les vomitifs même, mais à petites doses, sans produire le vomissement. Les toniques conviennent également, si l'affection est liée à une faiblesse réelle.

Tous ces remèdes propres et employés avec énergie échouent souvent dans le catarrhe bronchique capillaire; l'émétique seul et donné à haute dose a paru spécifique, comme dans le cas que nous avons rapporté et plusieurs autres cités par *Laennec.*

Le traitement de l'inflammation des valvules du cœur n'est pas encore bien connu: la plupart des praticiens emploient quelques-uns des moyens exposés plus haut; nous ne les répéterons pas, pour éviter des redites trop nombreuses, auxquelles ce genre de travail est assujetti.

Différence dans les altérations trouvées à l'autopsie.

Dans cette seconde partie, nous n'aurons plus à faire ressortir les points de contact qui existent entre ces maladies, car où elles paraissent surtout se différencier, c'est lorsque, le scalpel à la main, on examine les altérations qu'elles ont produites. En effet, quels rapports trouverons-nous entre des lésions qui ont lieu dans des organes différens, et qui, lorsqu'elles siégent dans le même organe, attaquent des parties variées: exceptons en toutefois celles trouvées dans les deux premières maladies, dont l'isolement ne semble qu'une abstraction pathologique. Avant de commencer l'énumération de ces lésions, rendons un juste hommage à cette science nouvelle créée par *Morgagni*, agrandie par les travaux des *Laennec*, des *Corvisart*, etc., et que cultivent, de nos jours, avec tant de succès, MM. les professeurs *Andral* et *Cruveilhier*, l'anatomie pathologique, qui, en éclairant le médecin, le prémunit contre de nouvelles erreurs, semble poser le point où toute thérapeutique devient insuffisante, et dont la marche brillante semble faire présager que dorénavant ses lois seules serviront de bases à tout cadre nosologique.

Parmi les lésions trouvées dans la pleurésie, les unes sont communes à toutes les membranes séreuses, les autres sont propres à la plèvre, et c'est de ces dernières que je vais m'occuper. La couleur de cette membrane offre peu de changement, et si l'on y observe parfois une rougeur ponctuée, il est plus vrai de dire qu'elle siége plutôt dans le tissu cellulaire qui l'unit aux parties environnantes que dans la plèvre elle-même. *Laennec* la plaçait dans la membrane même, et parle, en outre, de la rougeur et du volume augmenté des vaisseaux. L'épaississement, si commun à la suite des inflammations, est fort peu marqué dans la plèvre, et l'on a pris souvent pour tel l'apposition de fausses membranes assez adhérentes à sa face interne.

Le malade succombe-t-il promptement, l'inflammation consiste alors dans une exsudation albumineuse très-mince, siégeant seulement le long des bords et aux environs des scissures des poumons, et pour les apercevoir, est-on obligé de les détacher avec le dos du scalpel. La mort a-t-elle lieu plus tard, on trouve dans la plèvre un liquide et des fausses membranes.

La durée de la maladie influe sur leur nombre et sur leur épaisseur: variables depuis une demie à deux lignes, elles sont plus épaisses dans quelques points que dans d'autres, surtout à la base du poumon et la partie du diaphragme qui lui répond. Leur forme n'est pas constante: quelquefois ce sont des lames, des filamens, des brides, des réseaux, des granulations; quant à leur manière d'être, elles sont adhérentes, libres ou flottantes dans la sérosité, ou réunies entre elles par des filamens, des lames même qui se rendent des unes aux autres.

Le liquide épanché varie quant à sa couleur, son odeur, sa consistance et sa quantité: c'est le plus souvent une sérosité citrine, troublée par la présence de quelques portions de fausses membranes; elle peut être laiteuse, séro-purulente, purulente même, si l'épanchement est précédé d'une inflammation considérable, ou consécutif à l'ulcération d'un tubercule ou à la gangrène partielle d'un poumon. Dans la pleurésie simple, l'odeur du liquide est nulle, très-fétide dans le cas

d'ulcération ou de gangrène, dû en partie au dégagement de gaz: la quantité de sérosité peut être très-grande après peu de jours de maladie, le liquide en petite quantité et les fausses membranes en grand nombre, *et vice versâ*. Des fausses membranes peuvent exister sans épanchement, d'où les *pleurésies sèches* des auteurs; dans une pleurésie partielle, le liquide peut être enfermé comme dans une espèce de poche.

Un individu guéri de pleurésie succombe-t-il peu de temps après à une autre affection, l'on trouve la plèvre adhérente à elle-même, au moyen de fausses membranes; si la mort est plus éloignée, ces fausses membranes ont disparu et sont remplacées par du tissu cellulaire, qui sert à l'unir; ces adhérences, indice de pleurésie antécédente, sont un obstacle pour un nouvel épanchement. La poitrine est rétrécie du côté où avait eu lieu l'épanchement.

Dans le cas d'épanchement plus ou moins considérable, le poumon, refoulé dans la gouttière vertébrale, à moins d'adhérences anciennes, a changé de volume et de forme; il est aplati, flasque; à peine contient-il de l'air, si cette compression existe depuis longtemps : l'insufflation, dans ce cas, ne lui rend pas son premier volume; sa texture cependant n'a pas changé. Les côtes sont portées plus en dehors. La plèvre est comme plissée sur le poumon, lisse et tendue sur les parois de la poitrine. Les organes voisins du thorax peuvent, par suite de cet épanchement considérable, éprouver des changemens dans leur état de situation.

L'examen des poumons, chez les individus qui ont succombé à la suite de pneumonie, présente trois altérations principales, suivant le degré plus ou moins avancé de la maladie, à savoir : l'engouement, l'hépatisation rouge, la suppuration. Le premier état se rencontre peu; la mort survient rarement dans la première période de la maladie, à moins de complication; elle peut avoir lieu, et voici ce que l'on observe : le poumon est rouge, livide, violacé ou presque noir, plus pesant que l'eau, plus ferme que dans l'état naturel, moins crépitant; pressé entre les doigts, il cède, et conserve l'impression de

la main; on éprouve la sensation d'un liquide; coupé en divers sens, il offre à l'intérieur le rouge violet de la surface, et contient une abondante sérosité sanguinolente, trouble, spumeuse, mêlée à de l'air; sa texture est reconnaissable, mais se déchire facilement.

Au deuxième degré de la maladie, le poumon, dur, compacte, ne crépite plus entre les doigts; l'endurcissement du tissu cellulaire qui unit ses lobules lui donne une consistance analogue à celle du foie, ce qui l'a fait nommer *hépatisation* par Loelius a Fonte; d'autres l'ont nommé *splénisation*, à cause de sa ressemblance avec la rate. Sa couleur est d'un rouge jaunâtre, marquée de stries noires et grises, dues à la matière noire pulmonaire : cette apparence l'a fait comparer à certains marbres. On y distingue encore les bronches, les vaisseaux, une matière noire, les cloisons celluleuses qui séparent les lobules du poumon. Si l'on presse cet organe, qu'on le coupe et qu'on en râcle le tissu, il en sort une sanie trouble, sanguinolente, couleur lie de vin, mêlée d'une matière puriforme; la surface coupée paraît couverte de granulations rougeâtres, caractère propre à ce degré de la maladie, granulations plus apparentes quand on déchire le poumon, plus friable, dans ce cas, que dans l'engouement inflammatoire.

Si l'individu succombe au troisième degré de la maladie, le poumon, lourd, compacte, non crépitant, offre à la coupe des granulations non plus rouges, mais jaunâtres, grises, sous forme de petites plaques, occupant une partie plus ou moins grande de son tissu. La matière qui découle des incisions qu'on y pratique est du pus sanguinolent, jaunâtre, épais, d'une odeur fade; le tissu de l'organe est plus friable que dans le cas précédent, et semble se fondre, par la pression, en une matière purulente. On y retrouve toutefois le réseau celluleux, vasculaire. Dans les trois cas, ce n'est pas le tissu propre du poumon qui est malade, mais le tissu cellulaire qui unit ses cellules entre elles : en effet, on reconnaît toujours sa texture quand on l'a exprimé entre les doigts.

Ces altérations ne sont pas tellement distinctes à chaque période,

qu'on ne puisse trouver dans le même poumon une partie affectée d'engouement, d'hépatisation, de suppuration; on peut même apercevoir, jusqu'à un certain point, le passage d'un degré à celui qui suit. Ce qu'il y a de remarquable dans l'hépatisation grise, c'est que le pus est disséminé dans le poumon, et non rassemblé en un foyer; et si l'on rencontre de ces abcès, on doit les rapporter à une autre cause, ou, d'après quelques auteurs, à une pneumonie lobulaire.

Une quatrième variété d'altérations, qu'on a observée, et qui a été admise par quelques personnes, est la gangrène du poumon : rare, il n'est pas encore bien avéré qu'elle soit la suite d'une pneumonie. Bornée ordinairement à un petit espace, elle se présente sous forme d'escharres grisâtres ou noirâtres, d'une odeur *sui generis*. Quelquefois, à l'ouverture du cadavre, on a trouvé le poumon noir, verdâtre, ramolli, tombant en *deliquium*, laissant écouler une sanie verdâtre très-fétide. L'on ne conçoit guère la gangrène totale du poumon, à moins que, par une compression considérable, cet organe soit devenu impropre à la vie. Tel est le cas rapporté par *Haller*, dans ses Opuscules pathologiques : le poumon gauche avait totalement disparu, et était remplacé par de l'eau fétide, albumineuse; et dans ce liquide on voyait la trachée, les vaisseaux et les bronches comme coupés et ouverts à leur extrémité. A l'autopsie d'une femme morte dans les salles de M. *Récamier*, à la suite d'hémorrhagie pulmonaire, on trouva une partie du poumon gauche gangrénée (c'était la partie postérieure), d'une odeur repoussante; un liquide grisâtre, noirâtre, fétide remplissait la vaste ulcération qui existait. Les vaisseaux et les ramifications des bronches, rompus en quelques points, montrèrent facilement la source de l'hémorrhagie.

L'ouverture du cadavre, dans le catarrhe pulmonaire, montre une rougeur plus ou moins marquée de la membrane interne des bronches, rougeur qui n'est pas souvent en rapport avec la violence de l'inflammation et tous les phénomènes qui dénotaient la grande acuité de la maladie. La rougeur n'occupe pas toute l'étendue de la muqueuse, quoique dans certains cas elle s'étende aux ramifications

bronchiques. Un second caractère est l'épaississement de cette membrane; elle paraît plus ferme que dans l'état ordinaire; on la trouve parfois ramollie. La rougeur et le ramollissement sont d'autant plus marqués qu'il s'est écoulé plus de temps depuis la mort de l'individu. Les follicules muqueux sont proéminans; l'on y trouve un mucus épais, semblable à la matière expectorée pendant la vie : dans quelques cas rares, des escharres blanches ou grises. Telles sont les principales altérations trouvées; mais, sans examen préalable des phénomènes morbides, il serait difficile de reconnaître cette affection à l'aide des seuls caractères anatomiques : en effet, dans la pleurésie et la pneumonie, on a trouvé la membrane interne des bronches rouge, ramollie, surtout dans les ramifications bronchiques comprises dans la portion phlogosée du poumon.

On trouve à l'autopsie des individus qui ont succombé à la suite du catarrhe bronchique capillaire la membrane interne des bronches d'un rouge obscur ou violet, puis épaissie; ce gonflement est remarquable dans les petits rameaux, qui sont obstrués totalement, soit par une matière visqueuse, épaisse, plus ou moins consistante, de forme globuleuse semi-transparente, d'une couleur gris de perle, due au mélange de la matière noire pulmonaire, soit par la formation d'une speudo-membrane, comme l'a observé M. *Récamier*, puis, presque toujours un emphysème, d'une partie plus ou moins grande du poumon, suite des efforts qu'a fait le malade pour respirer.

Dans l'inflammation des valvules du cœur, on trouve les valvules, ainsi que l'intérieur de l'organe, d'un rouge vermeil un peu foncé, ne disparaissant pas par le lavage. Le cœur est plein de sang, les artères vides; les membranes ne sont pas considérablement épaissies. *Corvisart*, qui a parlé de cette rougeur, n'a pu se rendre compte de sa nature et de sa cause. *Franck*, *Bertin*, et M. *Bouillaud*, l'attribuent à l'inflammation des artères. Au lieu de cette rougeur vive, on trouve quelquefois les valvules, ainsi que la membrane interne du cœur, d'un rouge violet, brunâtre. Cette seconde variété est accompagnée d'un ramollissement plus ou moins marqué du cœur. La fluidité du sang

semble coïncider avec cet état. La formation d'une couche speudo-membraneuse de lymphe plastique, plus ou moins adhérente à la surface interne du cœur, est le signe le plus incontestable de l'inflammation de cette membrane ou de ses valvules, et l'ulcération le seul signe certain. *Baillie* a vu la valvule tricuspide enflammée et couverte de lymphe plastique (Anatomie pathologique); et *Hogdson* l'ulcération de la membrane interne du cœur.

On trouve encore dans le cœur des concrétions polypiformes; mais comme elles peuvent se former par toutes causes capables de ralentir le cours du sang, leur présence ne pourrait suffire pour démontrer une inflammation.

L'on rencontre quelquefois des végétations sur les valvules du cœur, semblables aux verrues vénériennes, dont elles offrent souvent la forme; leur couleur est blanche, rosée, rose, violette; leur texture charnu; elles sont aussi molles, d'un blanc jaunâtre, plus ou moins adhérentes. *Kreysig*, *Bertin* et M. *Bouillaud*, les attribuent à une inflammation. Dans quelques cas, elles semblent avoir pour matrice une fausse membrane étendue comme une couche sur les valvules. On les reconnaît, du vivant de l'individu, aux signes des ossifications des valvules ou de leur rétrécissement; seulement le frémissement cataire est moins fort, moins sensible à la main. Le stéthoscope donne plutôt le bruit d'un soufflet que celui d'une lime ou d'une râpe.

Tel est le point de vue sous lequel je me suis proposé d'envisager ces maladies; heureux si, en contentant mes juges, cette thèse peut être de quelque utilité dans l'étude et la thérapeutique de ces affections.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

II.

In febribus acutis convulsiones, et circa viscera dolores vehementes, malum. *Sect.* 4, *aph.* 66.

III.

Quibus in infirmitatibus oculi ex proposito lacrymantur bonum, quibus verò sine causa, malum. *Sect.* 8, *aph.* 2.

IV.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

V.

Melancholicis et nephreticis hemorrhoides supervenientes, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 11.

VI.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

VII.

Mulieri in utero gerenti si alvus multum fluxerit, periculum ne abortiat. *Sect.* 5, *aph.* 34.

VIII.

Ex anni verò constitutionibus in universum quidem siccitates pluviosis sunt salubriores, et minus lethales. *Sect.* 3, *aph.* 15.